N° 135.

ESSAI

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 24 juillet 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LOUIS-ISIDORE CARBILLET, de Lavernoy,

Département de la Haute-Marne.

Nulla est pro certo noscendi via, nisi quàm plurimas et morborum et dissectionum historias, tùm aliorum, tùm proprias, collectas habere, et inter se comparare.

MORGAGNI, *de sedib. et causis morb.*, lib. 4, *proœm.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX, Examinateur.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirugicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET, Examinateur.
Pathologie medicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD, Président. / CHOMEL, Suppléant.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens,	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, Suppléant.
Brongniart.	Piorry, Examinateur.
Cotterbau.	Rochoux, Examinateur.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

ET

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

En vous offrant ce faible travail, je ne prétends pas m'acquitter envers vous des nombreux sacrifices que vous avez faits pour mon éducation; puisse seulement cet hommage public vous être un sûr garant des sentimens de reconnaissance et d'amour filial dont je suis pénétré!

A MES SŒURS CHÉRIES.

L.-I. CARBILLET.

ESSAI

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

PRÉLIMINAIRES.

Une maladie qui, par sa gravité, avait attiré les regards des pathologistes anciens, a, dans ces derniers temps, fixé d'une manière particulière l'attention des médecins observateurs. Depuis les travaux de MM. *Petit* et *Serres* sur la fièvre *entéro-mésentérique*, travaux dont ils ont inséré le résultat dans un excellent mémoire publié en 1813, peu de maladies ont donné lieu à un aussi grand nombre de recherches que celle-ci.

Connue depuis long-temps, nous la trouvons décrite d'une manière plus ou moins exacte dans les ouvrages même les plus anciens. Hippocrate l'a nommée *typhus;* Sauvages, Cullen, et après eux un grand nombre d'auteurs, non moins justement célèbres, lui ont conservé cette dénomination, admise de nos jours par M. le professeur Fouquier. Depuis Galien jusqu'à nous, on trouve cette affection décrite sous divers noms, selon que telle ou telle théorie régnait dans les écoles : ce dernier l'appela *synoque putride;* Sydenham, *fièvre pestilen-*

tielle; Morgagni, *fièvre maligne;* Stoll, *fièvre putride.* Cette dernière dénomination a long-temps prévalu, et fut long-temps employée par les écrivains les plus connus du monde médical. Dans des temps plus rapprochés de nous, elle reçut encore une infinité de noms différens : Pinel la nomma *fièvre adynamique;* Rasori, *fièvre pétéchiale;* M. Broussais, *gastro-entérite grave;* M. Andral, *fièvre exanthématique;* M. Bretonneau, *dothinentérite*, etc.

Pour nous, en attendant que la nature de cette maladie nous soit bien connue, nous lui conserverons le nom de *fièvre typhoïde*, qui lui a été donné par M. *Louis* et par M. le professeur *Chomel.* Dans l'état actuel de la science, nous devons, je pense, dire quel motif a pu nous autoriser à employer ici le mot de *fièvre*, que les travaux immortels de M. *Broussais* semblaient devoir exclure pour jamais du langage médical. Bien pénétré que nous étions de cette vérité importante, si exactement démontrée dans la Pyrétologie de M. *Boisseau :* « que les lésions intestinales peuvent bien être souvent la cause des fièvres, mais non pas la cause unique, » nous avons voulu nous éclairer, autant qu'il était en notre pouvoir; nous avons observé et nos observations nous ont conduit au résultat que nous allons signaler : on rencontre, à la vérité, des lésions qui, quelquefois, pourraient expliquer les symptômes fébriles de *l'affection typhoïde;* mais dans combien de cas, ces lésions étant très-faibles, ne sont-elles pas insuffisantes, et laissent à désirer l'explication de la gravité de la maladie! Dans un certain nombre de sujets, qui ont offert les phénomènes les plus alarmans, n'est-il pas arrivé de trouver l'intestin dans l'état normal?

D'un autre côté, nous considérons la dénomination de *fièvre typhoïde* comme la meilleure, en ce qu'elle ne laisse rien présumer sur la nature intime de la maladie, qu'elle ne fait qu'indiquer un seul point, la ressemblance qui existe entre ses phénomènes les plus frappans et les plus constans, et ceux du *typhus;* enfin, elle n'aura pas, comme les autres, l'inconvénient d'entraîner après elle une méthode curative hypothétique. Nous pensons donc devoir attendre que des recherches ultérieures nous aient dévoilé l'essence de cette affection, si

toutefois elle est susceptible de l'être jamais ; ensuite, nous nous rangerons du côté où la démonstration nous appellera.

Qu'est-ce que la fièvre typhoïde?

Nous croyons pouvoir la définir, une fièvre grave, caractérisée par la stupeur, la prostration, et après laquelle on trouve très-souvent les cryptes agminés de *Peyer* et les follicules isolés de *Brunner* tuméfiés ou ulcérés.

Rœderer et *Vagler* ont les premiers signalé les lésions intestinales dans la fièvre muqueuse. M. *Prost* a parlé de l'ulcération de l'iléon et de la valvule iléo-cœcale. MM. *Petit* et *Serres*, dans leur *fièvre entéro-mésentérique*, ont décrit l'ulcération des glandes de *Peyer*. M. *Bretonneau* a remarqué que les plaques elliptiques de *Peyer* et les follicules de *Brunner* étaient ulcérés ou tuméfiés selon que la maladie avait emporté plus ou moins rapidement le malade chez lequel on les examinait ; de sorte qu'il rapportait l'état de tuméfaction à la première période de la fièvre, et celui d'ulcération à ses dernières périodes.

Étiologie.

Les causes de *l'affection typhoïde* peuvent, suivant leur mode d'action, se diviser en *prédisposantes* et en *excitantes ;* nous croyons pouvoir négliger cette division toute scolastique, en remarquant néanmoins que les causes dites *prédisposantes* jouent ici un très-grand rôle, et que dans la plupart des cas elles sont les seules auxquelles on puisse rapporter le développement des phénomènes typhoïdes, sans qu'aucune cause externe appréciable ait concouru à leur donner naissance. De même que dans un grand nombre d'autres maladies, il est impossible, dans celle qui nous occupe, de ne pas admettre une prédisposition intérieure, qui, pour nous être inconnue dans son essence, ne nous paraît pas moins évidente par ses effets.

En consultant ce que les auteurs ont écrit sur l'étiologie de la *fièvre*

typhoïde, nous trouvons qu'ils se sont accordés à admettre comme causes le changement d'habitudes, l'âge, le séjour récent dans une grande ville telle que Paris, l'habitation de chambres malsaines, dans un quartier bas et humide, ou dans un air chargé d'émanations putrides ; les peines physiques et morales; enfin, toutes celles qui tendent à débiliter l'économie : tels sont les excès en tous genres, les privations, l'abus des liqueurs alcoholiques, des plaisirs de l'amour, etc.

Une des conditions qui paraissent le plus favorables au développement de cette maladie est assurément l'âge de quinze à trente-six ans; mais de ce que l'on puisse, pour le démontrer, s'appuyer sur une multitude d'observations, dont l'exactitude ne peut être révoquée en doute, peut-on en induire que les enfans qui n'ont pas atteint l'âge de quinze ans, et que les hommes qui ont passé leur trente-sixième année, sont exempts de ce fléau? Non, assurément; car les recherches sur lesquelles repose le premier fait viendraient démentir cette induction. Un autre fait aussi incontestable et aussi bien démontré par les observations de M. *Chomel* et de M. *Louis*, c'est que les personnes nouvellement arrivées de province dans la capitale sont celles chez qui cette maladie s'observe le plus souvent. A ce sujet, M. *Andral*, dans sa Clinique médicale, fait remarquer que ce n'est qu'après une habitation de six à quinze mois que les jeunes étudians en droit et en médecine, ainsi que les jeunes ouvriers, en sont attaqués.

Comme parmi les étudians en médecine on rencontre un assez bon nombre d'exemples de jeunes gens qui sont victimes de l'affection dont nous nous occupons, on en a attribué la cause à l'air vicié des hôpitaux et des pavillons de dissection. Cependant, voici ce que dit M. *Andral*, qui prodigue ses soins à une grande partie des étudians malades : « Je puis affirmer que, chez un très-grand nombre, la ma-« ladie se déclare avant qu'ils n'aient fréquenté les amphithéâtres. »

Parmi les causes générales, on pourrait peut-être ranger les professions, et, en particulier, le métier de maçon, le sexe, l'automne, le commencement de l'hiver. M. *Petit* pense qu'une mauvaise alimen-

tation est une circonstance commune ; cependant, comme il y a évidemment un bon nombre d'exceptions, on peut en conclure qu'il n'existe pas de cause constante et invariable.

Donnant des soins aux cholériques, dans un quartier malheureux et malsain (dans le quartier Saint-Marcel), lorsque la première quinzaine de l'épidémie fut passée, vers le 9 ou 10 avril, nous remarquâmes d'abord un individu qui, à la suite de symptômes de choléra, nous offrit la série de phénomènes qu'a coutume de présenter l'*affection typhoïde*. Quelques jours après, d'autres faits semblables s'offrirent à notre observation, et, durant le reste du temps que nous fûmes employé au bureau de secours, nous rencontrâmes environ une dizaine de circonstances dans lesquelles il était impossible de méconnaître les symptômes adynamiques. Comme ces phénomènes ne paraissaient que lorsque les premiers symptômes du choléra avaient cédé, nous pensons que, dans ces cas, on doit regarder l'épidémie au moins comme cause excitante.

Une question importante pour l'hygiène publique, et qui a été vivement agitée dans ces derniers temps, doit trouver ici sa place. Voici quelle est cette question : Une fois développée, *la fièvre typhoïde* est-elle susceptible de se propager par contagion? MM. *Bretonneau, Gendron* et quelques autres médecins la regardent comme éminemment contagieuse ; mais si l'on consulte ce qui se passe dans les hôpitaux, on verra que cette opinion est surannée, et n'est fondée sur aucun fait concluant ; car l'on voit des malades coucher dans les lits que viennent de quitter des personnes qui ont subi le joug de l'*affection typhoïde*, boire dans le même verre qu'elles, avoir des relations avec d'autres qui en sont actuellement atteintes, sans que pour cela ils en soient infectés. Le seul fait qui militerait en faveur de l'opinion pour la contagion se tirerait de la reproduction de cette maladie. En effet, lorsqu'elle a attaqué une fois un individu, elle ne l'atteint plus ; elle a donc, en cela, la plus parfaite analogie avec quelques affections contagieuses, telles que la variole, la rougeole, et d'autres affections qui elles-mêmes sont contagieuses. Mais cette analogie ne peut l'emporter sur tant de faits

observés, faits qui tous prouvent la non-contagion, et la question nous paraît jugée.

Symptômes.

Parmi les symptômes, les uns ont rapport aux *fonctions de la vie de relation*, et les autres aux *fonctions de la vie de nutrition*. Les premiers sont les plus importans pour le diagnostic, et en même temps les plus constans.

Fonctions de relation. L'un des symptômes le plus fréquens, j'ai presque dit toujours constant, est la céphalalgie plus ou moins intense. Lors donc qu'il existe de la céphalalgie, et que l'on ne peut soupçonner d'autre maladie, quand bien même tous les autres symptômes manqueraient, on devrait déjà soupçonner l'*affection typhoïde*. Les autres symptômes de cette classe sont presque tous pathogéniques; ainsi, sommeil agité, troublé par des rêvasseries dans le début, ensuite aberration mentale, délire, trouble dans les fonctions intellectuelles; ce trouble n'est pas complet. Tous les malades mettent une certaine lenteur dans leurs réponses, qu'ils font par monosyllabes; lenteur dans les conceptions, faiblesse remarquable dans la contractilité musculaire; les malades ne peuvent se soutenir qu'avec beaucoup de peine, ils ne peuvent se coucher sur le côté, et ils le sont presque toujours sur le dos. Lorsqu'ils veulent s'asseoir ou se lever, ils chancellent, tombent et ressemblent assez à des hommes ivres. La physionomie a quelque chose de vraiment digne de remarque, et constitue dans cette affection un des symptômes les plus remarquables et les plus caractéristiques: c'est cet état de stupeur, d'hébétude; le malade a le regard troublé, hagard, constamment fixé sur un objet; il regarde avec une sorte de surprise ce qui l'environne; il paraît insouciant sur son état, ne cherche point à lire dans les yeux du médecin le pronostic qu'il porte sur sa maladie. Au bout de huit jours, il se fait une éruption de pétéchies, à laquelle M. *Chomel* a donné le nom d'*éruption typhoïde*. Ce symptôme est un de ceux qui manquent le plus rarement;

il consiste en de petites taches rosées, arrondies, formant une saillie hémisphérique, disparaissant sous la pression du doigt; assez nombreuses, elles occupent la poitrine et l'abdomen, rarement les cuisses, plus rarement encore les jambes; leur nombre s'élève le plus fréquemment de trente à quarante. L'époque de leur apparition est assez variable, le plus souvent se faisant environ le huitième ou dixième jour; quelquefois elle se fait attendre jusqu'au vingtième. Cette éruption n'est pas la seule qui se fasse à la peau; on y observe aussi de petites gouttelettes de sueur, recouvertes par l'épiderme détaché, de forme arrondie, hémisphérique. Elles existent principalement aux aisselles, aux aines quelquefois, mais moins souvent aux cuisses, aux jambes, aux bras, enfin sur toute la surface du corps. Ces *sudamina* ne sont généralement pas si nombreux que l'éruption typhoïde; moins constans que celle-ci, se manifestant aussi dans d'autres maladies, ils ne doivent être regardés que comme des symptômes secondaires; on ne doit cependant pas les négliger, car ils peuvent éclairer le diagnostic.

Fonctions de nutrition. — 1°. *Digestion.* Du côté de la bouche, il existe des phénomènes dignes de toute l'attention du médecin : elle est sèche; la sécheresse de la bouche se reconnaît facilement au bruit que produit la langue lorsque le malade veut la détacher de la voûte palatine à laquelle elle est accolée. La langue est couverte à sa base de mucosités blanchâtres, brunâtres ou noirâtres; sa pointe et ses bords sont, au contraire, d'un rouge vif; les dents sont fuligineuses; l'intérieur de la bouche est tantôt rouge, tantôt aussi se tapisse d'un enduit jaunâtre ou blanchâtre, et quelquefois même il s'y manifeste des ulcères assez apparens.

La déglutition est, en général, peu gênée dans le début; mais, dans la dernière période, elle devient difficile et parfois même impossible. Du côté de l'estomac et des intestins, il y a des dérangemens plus ou moins marqués; la soif est vive, la région épigastrique est douloureuse à la pression; les régions ombilicale et iliaque droite

sont celles dans lesquelles la douleur se fait le plus constamment et le plus vivement sentir. Un phénomène assez souvent observé par M. *Chomel,* phénomène que nous avons nous-même constaté, et qui nous a paru intéressant, c'est une espèce de gargouillement qui se fait entendre dans la fosse iliaque droite, lorsque l'on imprime une légère commotion aux parois de cette région, et que l'on approche l'oreille. Le volume du ventre est sensiblement augmenté; la sonoréité de cette cavité a pris un degré d'extension vraiment frappant. Dans le début, les malades éprouvent de la diarrhée; ils ont jusqu'à cinq ou six selles par jour; les matières sont quelquefois solides et moulées, mais le plus souvent elles sont liquides et fétides. Les évacuations nous paraissent mériter beaucoup d'intérêt, en ce qu'elles peuvent éclairer le prognostic; on leur distingue quatre degrés d'intensité : d'abord volontaires, dans le second degré, elles sont tellement impérieuses, que les malades sont obligés de céder à la nécessité de les laisser aller sous eux; ils ont honte de se trouver dans cet état, et s'excusent. Dans le troisième degré, l'évacuation est involontaire, mais avec conscience pourtant d'une déjection; dans le quatrième, la déjection est tout à fait involontaire, et sans conscience de la part du malade.

2°. *Respiration.* La respiration n'offre rien de bien intéressant. Les principaux troubles de cette fonction sont : le râle sibilant dans toute l'étendue de la poitrine, phénomène principal pour les fonctions de la respiration; la dyspnée, une expectoration de crachats muqueux, étoilés, adhérens au pharynx et au voile du palais ; la difficulté qu'éprouve le malade à les en détacher, le fatigue, et le jette dans un grand abattement.

Circulation. Peu de maladies présentent plus de fréquence dans le pouls que l'*affection typhoïde;* il y a ordinairement de cent vingt à cent quarante pulsations par minute; cependant il arrive de n'en compter que quatre-vingts ; le pouls oscille, tremble et dicrote : c'est ce pouls que l'on a proposé de nommer *pouls entrelacé.* D'après cela, il est

facile de voir que, de tout le cadre nosologique, cette affection est celle qui offre le mouvement fébrile le plus marqué. Pour établir son diagnostic, l'état du pouls sera donc, pour le médecin, d'un très-grand secours.

Sécrétions. Les sécrétions des membranes muqueuses du nez et de la bouche sont supprimées; le malade ne crache et ne se mouche plus; la sécrétion urinaire est devenue moins abondante; l'urine est rare et jaune. L'hémorrhagie nasale survient ordinairement dans le début de la *fièvre exanthématique.* Loin d'être également abondante chez tous les individus, elle est au contraire extrêmement variable: chez les uns, ce ne sont que quelques gouttes de sang; chez d'autres, au contraire, l'hémorrhagie est des plus abondantes. Lorsqu'elle survient avec un mouvement fébrile, elle est un symptôme presque infaillible de cette affection. Si l'hémorrhagie nasale est regardée comme signe pathognomonique, à combien plus forte raison l'hémorrhagie intestinale ne devra-t-elle pas être élevée à ce rang. S'observant souvent, pour ne pas dire constamment, elle est d'autant plus caractéristique, qu'elle n'a jamais lieu dans les autres affections; ainsi, dès qu'elle existera, on pourra prononcer certainement sur l'existence de la maladie, dont elle est un symptôme si certain.

Après avoir étudié les symptômes de l'affection qui nous occupe dans leurs siéges respectifs, nous pensons qu'il est, pour diagnostiquer plus sûrement, utile de les rapprocher dans une espèce de cadre rétréci, et d'étudier le rapport qui existe entre les divers symptômes et les diverses périodes de la maladie. On lui en distingue communément quatre.—*Première période.* Elle n'est pas toujours facile à saisir. Quelquefois l'invasion est brusque; quelquefois, et le plus souvent, lente. Dans l'un et l'autre cas, céphalalgie sus-orbitaire ou occipitale, altération de la contractilité musculaire; bouche blanchâtre ou jaunâtre, langue rouge vers sa pointe et sur les bords; vers le huitième jour, l'éruption typhoïde commence, et du neuvième au dixième l'état de stupeur se manifeste.—*Deuxième période.* La langue se sèche, le

météorisme est peu considérable, la faiblesse musculaire est très-prononcée; les évacuations deviennent involontaires, avec conscience cependant d'une déjection. C'est dans cette période que se fait l'éruption des sudamina, et l'ulcération des glandes de *Peyer*.—*Troisième période.* L'état de stupeur est au comble, la prostration extrême; les évacuations involontaires, sans conscience de déjection; la langue est couverte d'un enduit brunâtre ou noirâtre. Quelquefois, du vingtième au vingt-quatrième jour, il survient deux ou trois jours de mieux marqué; mais bientôt tous les phénomènes reprennent leur gravité, continuent à augmenter, et le malade succombe. Lorsque, après ces deux ou trois jours de mieux, la diminution progressive continue, on voit apparaître des sueurs abondantes, et bientôt la convalescence commence : c'est ce que l'on a appelé *quatrième période*, ou *période de cicatrisation;* en effet, c'est dans cette période que se fait la cicatrisation des follicules agminés.

La durée des symptômes est au moins de vingt jours, et jamais elle ne se prolonge au-delà du quarantième, à dater de son invasion. Cette terminaison, qui n'a jamais lieu avant le vingtième jour et jamais après le quarantième, est encore un des caractères spéciaux de cette maladie. Notons, en outre, que quelque traitement qu'on lui oppose, la convalescence ne commencera jamais avant le dix-huitième jour.

Prognostic.

Après un ensemble de phénomènes aussi graves, on concevra sans peine que rarement le prognostic de cette maladie est favorable, et la terminaison souvent funeste : c'est peut-être une des affections les plus terribles, après la péritonite; elle emporte au moins le quart des malades qu'elle attaque. Lorsqu'il y a complication de péritonite, le malade succombe au bout de vingt-quatre heures; si donc, dans le cours d'une *affection typhoïde*, il survient une péritonite qui entraîne le malade dans l'espace de vingt-quatre heures, ce sera une forte présomption de croire qu'on ne s'est pas trompé dans son diagnostic.

Les circonstances dans lesquelles se trouvait le malade à l'invasion de la maladie, les complications qui auraient pu survenir pendant son cours, son développement plus ou moins lent, sont autant de considérations qui doivent influer sur le jugement que doit porter le médecin. Le signe le plus favorable est la diminution lente et progressive des symptômes : en effet, lorsque la diminution est rapide, on court souvent risque de les voir, au bout de deux ou trois jours, reparaître avec une nouvelle intensité, et tuer rapidement le malade. De même que l'âge influe sur l'origine de la maladie, ainsi il influe sur l'issue. Ne voit-on pas, en effet, la fièvre être bien moins grave chez les vieillards que chez les jeunes gens, et par conséquent dicter un prognostic moins grave? S'il existait des escharres dont la suppuration pût augmenter le danger, on devrait en tenir compte.

Traitement.

On a employé successivement, dans cette maladie, les méthodes de traitement les plus opposées : les médecins les plus anciens s'en occupèrent d'une manière spéciale ; cherchant à détruire le principe de putridité qu'ils lui supposaient, ils lui opposaient les astringens, les excitans. *Pinel* la traitait par les toniques; *Stoll, Tissot,* pensent que les évacuans, les purgatifs sont les seuls médicamens qui puissent entraver la marche de cette terrible affection. Aujourd'hui, ceux qui ne voient qu'une violente inflammation de l'estomac et des intestins ont adopté exclusivement les antiphlogistiques; cependant il se trouve encore des partisans de la médecine tonique; quelques praticiens se servent aussi des purgatifs; enfin, les méthodes les plus différentes ont été employées et rejetées tour à tour. Depuis que la médecine physiologique est généralement adoptée, on a employé la saignée dans toute son extension, mais on n'en a pas retiré l'avantage que l'on en attendait. Il y a trois ans, M. *Chomel* administrait l'eau de Seltz; ce moyen n'a pas été sans succès, et mérite d'être conservé dans la thérapeutique de cette affection; dans ce même temps, ou

quelque temps après, l'emploi des chlorures a été proposé à cet expérimentateur distingué : il accepta la proposition qui lui en fut faite, et consentit à les expérimenter.

Ils furent d'abord employés sur deux malades, dont l'état était, selon nous, tout à fait désespéré. Après les premières doses, les symptômes parurent éprouver une exacerbation assez vive ; mais bientôt l'exacerbation fit place à un calme profond, et l'on commença à concevoir une espérance inattendue, d'après la gravité antérieure de la maladie ; les mêmes expériences furent continuées, et l'on obtint à peu près les mêmes succès. Enfin, sur dix-sept malades, chez qui on les avait employés, au mois de février 1832, quinze étaient sortis parfaitement guéris, et deux seulement avaient succombé : encore faut-il remarquer que, chez l'un de ces individus, il existait une affection tuberculeuse des poumons, et arrivée à sa dernière période; que chez l'autre on rencontra également des tubercules, moins nombreux, à la vérité, mais qui pouvaient cependant avoir beaucoup contribué à donner la mort. Le résultat serait donc des plus satisfaisans d'après ces expériences. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter les autres faits, depuis le mois de février; des circonstances imprévues se sont opposées à ce que nous puissions continuer nos observations; nous savons cependant que ces mêmes chlorures ont été employés depuis cette époque avec le même succès; deux exemples en sont encore à notre connaissance. Parmi les chlorures, le chlorure de soude a obtenu la préférence; on l'administre en bain, en fomentations, en lavemens et en boissons.

En comparant ce résultat avec celui des diverses méthodes, on n'en peut pas tirer une conséquence générale certaine ; on peut seulement dire que cette méthode n'est pas la seule avantageuse, que pourtant elle nous paraît la plus avantageuse de toutes celles qui ont été employées jusqu'ici. Comme nous ne sommes pas exclusif, nous allons tracer succinctement la conduite à tenir lorsqu'on ne mettra pas en usage les chlorures.

Si le sujet est fort, jeune et pléthorique, qu'il existe des sym-

ptômes inflammatoires, la saignée générale doit être pratiquée, dans le début seulement ; car si on l'employait plus tard, loin d'être utile, elle deviendrait funeste : en effet, si l'on saigne après la première période, on voit tout à coup la langue se sécher ; les symptômes adynamiques se manifestent, et la stupeur est alors effrayante. Dans tous les cas, le sang tiré de la veine est pauvre, séreux et difficilement coagulable. Les sangsues à l'anus sont indiquées, et produisent un effet des plus marqués, si l'on est obligé de revenir aux émissions sanguines.

S'il y avait des signes de congestion sanguine vers le cerveau, il faudrait appliquer la glace sur la tête, les sangsues aux tempes ou derrière les oreilles : alors les boissons mucilagineuses, émollientes, devront former la base du traitement, en ayant soin surtout d'aider leur action par la diète la plus sévère.

Lorsque l'adynamie se déclare, et qu'il est indispensable d'avoir recours aux toniques, on devra employer le quinquina ses : préparations tiennent ici le premier rang ; ainsi, l'on retirera un avantage marqué de l'extrait sec de cette substance, à la dose d'un demi-gros dans une potion appropriée; on en a porté la dose beaucoup plus haut, et on l'a administré sous toutes les formes. L'acétate d'ammoniaque, quelques cuillerées d'un vin généreux dans un peu d'eau sucrée, ont paru obtenir des résultats avantageux. M. *Fouquier* emploie le sirop de vinaigre, associé à l'eau de riz, et cette boisson paraît jouir d'une certaine spécificité ; les boissons acidulées sont en général une très-grande ressource pour combattre cette période de la maladie. Si la diarrhée était très-forte, comme nous l'avons vu, on pourrait recourir à l'emploi de lavemens, dans lesquels on ferait entrer le quinquina uni à l'opium, et aux fomentations préparées avec l'écorce péruvienne.

Enfin, dans la dernière période, on pourra mettre en usage les dérivatifs et les révulsifs ; il faudra bien alors se rappeler que les plaies des vésicatoires tendent très-puissamment à la gangrène, et n'employer que les vésicatoires volans et les autres rubéfians. On

devra veiller attentivement à ce qu'il ne se forme aucune escharre gangréneuse ; on y parviendra plus ou moins sûrement en nettoyant le malade toutes les fois qu'il sera nécessaire, et en le faisant changer autant que possible de position dans son lit. Dans le cas où, malgré ces précautions, elles surviendraient, on devrait les panser avec de la poudre de quinquina sur des plumasseaux de charpie imbibés de chlorure d'oxyde de sodium, à deux ou trois degrés.

La convalescence est longue et ne mérite pas moins toute l'attention du médecin ; il faudra donc avoir soin que le convalescent n'use que d'alimens légers, d'une facile digestion, et n'en permettre qu'une petite quantité à chaque repas. Les soins hygiéniques prendront une part considérable dans la thérapeutique de cette affection ; ils serviront à consolider la santé, après avoir puissamment concouru à la rappeler. Dans le cours du traitement, en effet, les soins de propreté sont indispensables ; l'appartement dans lequel se trouvera le malade devra être frais, le plus vaste possible ; on en renouvellera l'air de temps en temps, et la propreté la plus recherchée devra s'y faire remarquer. C'est avec de tels moyens, et par une alimentation légère, accordée à propos, aussitôt qu'il sera possible, que l'on parviendra à dompter les phénomènes adynamiques.

Anatomie pathologique.

Les lésions organiques les plus constantes dans *l'affection typhoïde* sont l'altération des glandes de *Peyer*, des follicules de *Brunner*, des ganglions mésentériques, le gonflement de la rate et les lésions des membranes muqueuses. M. *Louis* regarde avec raison comme la seule pathogénique l'altération des cryptes agminés ; mais écoutons-le lui-même : « De toutes les lésions, une seule était constante, ayant lieu chez tous les sujets ; je veux parler des plaques elliptiques de l'intestin grêle, à laquelle on pourrait ajouter l'altération des glandes mésentériques ; je l'ai regardée comme inséparable de l'affection qui nous occupe, comme en formant le caractère anatomique. » Cette

altération, quoique étant la seule constante, n'est cependant pas la seule qui ait fixé l'attention des anatomo-pathologistes. Nous pensons donc devoir traiter le plus brièvement possible des autres, pour insister un peu sur celle-ci.

Les lésions que l'on rencontre du côté du cerveau sont très-faibles, souvent d'ailleurs on n'en rencontre aucune; lorsqu'elles existent, elles se bornent à ceci : un peu de sérosité épanchée dans les ventricules ou l'arachnoïde; les méninges sont quelquefois injectées; les vaisseaux sont plus gorgés que dans l'état sain; la substance cérébrale offre un aspect pointillé, qui se remarque également lors même qu'il ne s'est manifesté aucun phénomène nerveux pendant la vie. Sont-ce de telles lésions qui peuvent expliquer la gravité et la persistance des désordres des fonctions intellectuelles ? Non, assurément, et leur cause est encore à chercher. Pendant la vie, les symptômes d'affections du poumon et des bronches sont assez apparens; à l'autopsie, il arrive de trouver les poumons sains; d'autres fois on y trouve des altérations assez graves. Chez beaucoup, il y a engouement du poumon; lorsqu'on le coupe, il s'en échappe une assez grande quantité d'un liquide spumeux, rougeâtre ou incolore; quelquefois même il y a hépatisation d'une portion de l'un ou des deux poumons; mais la lésion qui paraît le plus appartenir à notre sujet, est cet état du poumon devenu imperméable à l'air, brun ou d'un rouge livide, s'écrasant entre les doigts comme une sorte de pulpe.

La membrane muqueuse de la bouche, du pharynx, de la voûte palatine, des bronches, la langue enfin, et les gencives, sont quelquefois le siége d'ulcérations plus ou moins apparentes.

La membrane muqueuse de l'estomac est souvent dans l'état normal; on y observe cependant assez fréquemment des ecchymoses, des injections n'occupant qu'une partie très-circonscrite de cet organe. Une altération bien plus fréquente est le ramollissement de la muqueuse gastrique, qui conserve ordinairement sa couleur naturelle, mais devient quelquefois grise ou rougeâtre; lorsque cette membrane est ainsi ramollie, elle cède et se déchire à la moindre traction. Le grand

cul-de-sac présente plus souvent cette altération que toutes les autres parties du viscère.

La rate est très-souvent gonflée; son tissu n'est pas sensiblement altéré; ce gonflement paraît tenir à une grande quantité de liquide semblable à de la lie de vin, contenu dans son parenchyme, et que l'on en fait sortir avec assez de facilité.

Le duodénum et les quatre cinquièmes supérieurs du reste de l'intestin grêle n'offrent le plus souvent aucune altération; mais le cinquième inférieur mérite toute notre attention; car il est le siége le plus ordinaire de l'exanthème caractéristique de la *fièvre typhoïde.* Pour procéder avec ordre, nous pensons qu'il est utile, non pas de suivre jour par jour, comme l'a fait M. *Trousseau*, les phénomènes pathologiques des glandes de *Peyer*, mais au moins de les décrire dans les différentes périodes de la maladie, et de les examiner dans leurs différens âges d'altération.

L'altération des cryptes agminés, des follicules isolés, et celle des ganglions mésentériques, étant pour ainsi dire coordonnées l'une à l'autre, et formant ensemble le caractère anatomique pathogénique de la *fièvre typhoïde*, nous pensons devoir les réunir dans un cadre unique, et envisager les altérations respectives de chacun de ces organes, dans leurs rapports entre elles.

Assez sensibles dans l'état sain, les plaques elliptiques présentent, dans le premier degré de leur affection pathologique, une saillie très-peu considérable, mais bientôt elles deviennent de plus en plus apparentes; elles sont parsemées de petits points grisâtres ou noirâtres, qui indiquent l'orifice des cryptes muqueux; alors la membrane muqueuse est tuméfiée, soulevée, et offre une surface comme granulée, mamelonnée. Les glandes de *Peyer* existent indistinctement sur tous les points de la surface intestinale, mais le plus ordinairement vers la valvule de *Bauhin.* Ces plaques sont très-variables en nombre; tantôt il ne s'en trouve que quatre ou cinq altérées, et alors elles se rencontrent surtout dans la région iléo-cœcale; tantôt, au contraire, elles sont en très-grand nombre et disséminées çà et là

dans tout l'intestin. Observons toutefois que vers le cœcum, dans la partie inférieure de l'iléon, la quantité en est incomparablement plus grande que partout ailleurs. Le tissu sous-muqueux est d'un rouge tendre, de même que la membrane muqueuse. Dans cette période de la maladie, les glandes de *Brunner* ont à peu près le même aspect, et augmentent de volume jusqu'au septième jour, temps où les ganglions mésentériques se sont tuméfiés; ils sont d'une couleur rosée à l'intérieur, et ont acquis le volume d'une grosse aveline.

Vers le dixième jour environ, la surface des glandes devient mamelonnée, comme gaufrée; les tissus sont plus rouges, plus denses, comme carnifiés. Le gonflement des glandes mésentériques commence à diminuer; celui des follicules isolés augmente, au contraire, d'une manière étonnante; ceux-ci ressemblent assez à des boutons varioliques, et quelques-uns des follicules agminés ont éprouvé le même changement. Ces boutons, d'abord miliaires, acquièrent le volume d'un petit pois, deviennent d'un rouge vif, plus épais et fongueux, conoïdes, déprimés à leur sommet. Au centre de cette dépression apparaît une petite ulcération de couleur grise; les ganglions mésentériques sont violacés et friables. La muqueuse intestinale est souvent saine; cependant, au pourtour des glandes ulcérées, on la trouve quelquefois formant une aréole rouge et sensiblement épaissie; d'autres fois, elle est ramollie, et la rougeur s'étend plus ou moins. De même que les glandes de *Peyer*, celles de *Brunner* se rencontrent presque toujours dans l'extrémité inférieure de l'intestin grêle; là aussi elles sont plus tuméfiées, plus volumineuses et plus nombreuses. C'est encore dans cette partie de l'intestin que les ulcérations commencent, environ vers le quatorzième jour; les plaques elliptiques sont toujours tuméfiées, saillantes, rougeâtres; leur surface est toujours gaufrée, offrant des boutons, les uns miliaires, les autres plus boursoufflés, ayant de petites ulcérations grisâtres à leur extrémité libre.

Ce boursoufflement peut durer de dix à vingt jours; le centre des glandes se détruit, et présente une escharre jaunâtre, d'abord super-

ficielle, ensuite plus profonde; et du quinzième au vingtième jour, la destruction complète des plaques et de la muqueuse arrive. Il en résulte de vastes ulcères oblongs, dont le grand diamètre est parallèle à la longueur du viscère. Cependant les ganglions mésentériques n'ont cessé de se ramollir davantage, le tissu sous-muqueux s'est sans cesse boursoufflé, et est devenu plus ou moins friable. Le pourtour des ulcérations est ovalaire ou arrondi, tantôt anguleux, comme dentelé, taillé à pic ou en dédolant. Leur fond est formé tantôt par le tissu cellulaire épaissi, de couleur grisâtre, jaunâtre ou pâle, et de consistance normale, tantôt même par le péritoine; quelquefois aussi ce dernier est détruit, et il y a perforation de l'intestin. Au trentième jour on trouve des ulcérations en voie de guérison; alors les bords s'affaissent, le cercle inflammatoire disparaît, et il se forme une membrane mince, transparente, qui semble se continuer avec le tissu cellulaire. Du quarantième au cinquantième jour, on n'observe plus qu'une membrane brune, noirâtre, dessinant les plaques, et une sorte de cicatrice.

Le gonflement des glandes ne se termine pas toujours par l'ulcération; lorsqu'il est parvenu à son *summum* d'intensité, il peut tout à coup diminuer d'une manière progressive, et céder par résolution; on a vu aussi quelquefois l'induration survenir à cette époque de la maladie.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

In non intermittentibus febribus, si externa quidem frigida sint, interna verò urantur, et sitim habeant, lethale. *Sect.* 4, *aph.* 48.

III.

In autumno morbi acutissimi et perniciosissimi omninò : ver autem saluberrimum et minimè exitiale. *Sect.* 3, *aph.* 9.

IV.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum ; intùs verò foràs, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.

V.

A multo potu rigor et delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 7.